

Werken met valkuilen

Terugval in middelengebruik tijdens poliklinische psychotherapie met (ex-)verslaafden

Tsafrira van Uiter-Levy • Frank Brook • Haring Land

Abstract Hoe te handelen bij terugval tijdens een doorlopende psychotherapie met (ex-)verslaafden? Voor de onderbouwing en de verbetering van hun werkwijze, wilden de auteurs van dit artikel weten hoe vaak terugval voorkomt, op welk moment in het proces, in welke mate van ernst, en of er een verband is met de uitkomst van de behandeling. Na een pilotonderzoek vulden psychotherapeuten een vragenlijst in na beëindiging van elke individuele psychotherapie. Terugval hoort bij werken met (ex-)verslaafden: meer dan de helft van de cliënten valt af en toe terug tijdens de psychotherapie. Onderscheid tussen verschillende soorten terugval blijkt praktisch van groot belang en draagt bij tot verbetering van de werkwijze.

Inleiding

Aanleiding voor dit onderzoek was de vraag uit de praktijk hoe te handelen bij terugval tijdens een poliklinische psychotherapie met (ex-)verslaafden. We hebben gekozen voor een retrospectieve benadering en bekeken de frequentie van terugval bij 54 cliënten die hun behandeling bij zeven verschillende psychotherapeuten in de polikliniek van Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) te Groningen hebben afgerond in een periode van ruim een jaar. We keken op welk tijdstip in de psychotherapie terugval voorkwam, in welke mate van ernst en of er een verband was met het resultaat van de behandeling.

Terugvalpreventie is bij verslaafden vaker onderzocht en beschreven (Marlatt, 1996; Cijin e.a. 2001), maar terugval tijdens een poliklinische psychotherapie is, afgaande op de literatuur, op deze wijze nog niet eerder onderzocht.

Voorbeelden

Alie

Alie is een keurige, veertigjarige dame met een man, twee katten en een goede baan. Op een kleine kring intimi na weet niemand van haar zich al jaren voortslepende alcoholprobleem, dat begon toen ze het ouderlijk huis verliet en op zichzelf ging wonen. Ze draagt nog een geheim met zich mee, alleen bij haar man bekend, over het seksueel grensoverschrijdende gedrag van haar vader (inmiddels overleden) in haar puberjaren.

Bij de intake drinkt ze al drie maanden niet meer. Ze is bijzonder gemotiveerd voor een inzichtgevende, psychoanalytische psychotherapie (bij eerste auteur), wil haar alcoholprobleem voor eens en voor altijd doorgronden en de baas blijven en de daarmee samenhangend problematiek verwerken. Ze tekent voor abstinentie in het behandelplan, werkt in alle opzichten actief mee en lijkt de ideale, brave cliënt.

De overdracht van de ideale, brave dochter is een rode draad in de gesprekken, met nadruk op het oude verbod op het voelen en uiten van boosheid, dat nog steeds geldt. Alcohol heeft gezorgd voor enige ontspanning bij die veeleisende ideale positie. Het diende ook als protestmiddel, omdat ze geen boosheid mocht voelen, laat staan uiten, naar belangrijke personen in haar leven.

Tsafrira van Uiter-Levy, en, (✉)
Drs. T. van Uiter-Levy is klinisch psychologische psychotherapeute bij de polikliniek van Verslavingszorg Noord Nederland te Groningen, Vondellaan 71-73, 9721 LB Groningen. E-mail: t.vanuitert@vnn.nl.

Twee maanden na het begin van de psychotherapie, we zijn dan nog in de ‘wittebroodweken’ (zoals de positieve overdracht in het begin van een psychotherapie wordt genoemd), neemt de psychotherapeute rond de Kerst twee weken vrij. Na de vakantie bekent Alie, vervuld van schuldgevoelens en schaamte, drie dagen achter elkaar te hebben gedronken. Ze bleef ‘ziek’ in bed, nam geen deel aan de feestelijkheden thuis, ontliet zo haar claimende moeder, die tegen haar zin beneden in de kamer zat.

Achteraf ziet ze in dat ze met de alcohol op dat moment ook de kritiek op haar man weghield evenals het gemis van de psychotherapie. Dit zelfonderzoek na de terugval blijkt een keerpunt te zijn in haar relatie tot alcohol. Het ter plekke doorleefde inzicht in de rol van haar boosheid leidt tot voelbare en toetsbare veranderingen. De psychotherapie verloopt nog ruim een jaar daarna naar wens, zonder terugval in drankmisbruik, ook niet wanneer ze in een diepe crisis geraakt tijdens een zomervakantie.

Brigit

Brigit start haar psychotherapie abtinent, na een lange opname in een verslavingskliniek, maar twijfelt eraan of ze abtinent kan (en wil) blijven. Haar ernstige alcoholprobleem maakt deel uit van een borderlineproblematiek. Ze handelt impulsief, ondoordacht, in de modus van ‘alles of niets’, kan moeilijk reflecteren en nadenken over zichzelf, blijft bij teleurstellingen voortdurend boos op haar omgeving, het meest nog op haar ouders. Ze is eenzaam en lijdt aan een negatief zelfbeeld en minderwaardigheidsgevoelens, werkt dat met alcohol en vluchtige seksuele contacten weg. Geen relatie houdt stand, geen opleiding na haar middelbare school slaagt, een baan heeft ze niet. Ze is eind twintig als ze aan de psychotherapie begint en hobbelt vervolgens van de ene crisis naar de andere.

Tijdens de opname vervalt ze meermalen terug in heftig drankgebruik; ook geregeld tijdens de psychotherapie. Ze drinkt om drempels richting promiscue gedrag te verlagen, om haar lage gevoel van eigenwaarde op te vijzelen, om de leegte thuis te ontvluchten, om te vieren als er iets te vieren valt, omdat ze boos is, enzovoort. Geen enkele vorm van hulpverlening werkt, behalve dreigen met gedwongen opname, omdat de drank bij haar tot de dood kan leiden. Door de vele terugvalincidenten, die in de regel langer dan drie dagen duren, loopt haar studie na de opname vertraging op en blijft de sociale ontwikkeling achter.

Met veel inspanning lukt het uiteindelijk een zinvolle werkrelatie op te bouwen, waarin ze de psychotherapeute leert vertrouwen en waarderen, en uiteindelijk ook - via

de psychotherapeute - zichzelf. Ze krijgt inzicht in haar beperkingen en tekortkomingen, leert zichzelf begrijpen en beter aansturen, en begint de vruchten van de psychotherapie te plukken in haar dagelijkse leven. Om het terugvalrisico te beperken, worden de bakens voor deze ontwikkeling onderweg met crisisprotocollen en waar nodig met crisisopnames gestut. Dat gebeurt in goede samenwerking met collega's van de kliniek en de polikliniek.

Geleidelijk aan valt ze minder vaak en minder lang terug in drankgebruik en promiscuïteit. Na drie jaar psychotherapie lukt het haar een jaar abtinent te blijven en zo haar studie met succes af te ronden. Enkele maanden later drinkt ze nog steeds niet en worden de andere problemen besproken, die samenhangen met haar borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

Cees

Cees is een heer op leeftijd, die na een succesvolle carrière vervroegd met pensioen heeft mogen gaan. Zijn drankgebruik liep geregeld uit de hand en veroorzaakte gênante toestanden en relatiecrisisen thuis, waar hij zich diep voor schaamt. Hij wil begrijpen waarom het drinken steeds weer uit de hand loopt, om er meer grip op te krijgen, zodat hij uiteindelijk gecontroleerd kan blijven drinken. In het behandelplan wordt aanvankelijk abtinentie tijdens de inzichtgevende psychotherapie afgesproken, later wordt dat punt aangepast aan zijn wens om gecontroleerd te blijven drinken, met aandacht voor de preventie van ontremd drinken.

Al snel blijkt dat de alcohol hem bij zijn conflictvermijdende houding tot steun is. Hij wil zijn gang gaan en rustig van zijn oude dag genieten, zonder gezeur aan zijn hoofd. Sinds zijn vader in zijn puberjaren na een ziekbed van een jaar is overleden, laat hij zich door niemand meer de les lezen. Maar anderen in zijn directe omgeving werken er niet altijd aan mee. Zijn vrouw is gevoelig voor stress en op sommige momenten veeleisend, een zoon wil maar niet deugen, terwijl hij de dertig allang gepasseerd is en kinderen heeft.

Door de korte terugvalincidenten en een toenemend begrip van de invloed van de vroege dood van zijn vader op zijn ontwikkeling, lukt het Cees uiteindelijk een actieve houding aan te nemen. Hij gaat de nodige conflicten aan met zijn vrouw en zoon; heeft naast de vlucht in drank nu meer mogelijkheden om de verdiende rust te bevechten. Op het einde laat hij zelfs het ‘laissez faire’ ten aanzien van de drank varen, omdat hij inziet dat gecontroleerd drinken voor hem een brug te ver is. Eenmaal begonnen mist hij de rem om tijdig te stoppen. Daarom besluit hij om als een goede vader zichzelf af te remmen en kiest voor abtinentie.

Algemene reflectie op de voorbeelden

De drie voorbeelden zijn een willekeurige greep uit de zeer gevarieerde verslavingspraktijk, die een kijkje geven in het specialistische werk met (ex-)verslaafden in psychotherapie, waarbij terugval altijd op de loer ligt. We weten allang dat verslaving ‘een veelkoppig monster is, dat niet binnen één theorie te vatten valt’ (Vandermeeren, 2003; zie ook Brehm & Khantzian, 1997). Toch kunnen we van een paar typische kenmerken in de fenomenologie van de verslaving sec spreken, zoals hunkering (‘craving’) en terugval na een periode van abstinentie. Hoe men de verslaving ook uitlegt, deze fenomenen zijn er onlosmakelijk mee verbonden, los van het specifieke middel dat men gebruikt, de unieke comorbiditeit met andere psychopathologieën, de behandelsetting en de behandelmethode. Zo ook bij deze drie voorbeelden, die behalve de verslaving weinig met elkaar gemeen hebben wat betreft persoonlijkheidskenmerken en psychopathologie.

Diverse deskundigen op het gebied van de verslaving hebben geprobeerd om haar te verklaren. Aanvankelijk sprak men over de morele zwakte van verslaafden, vervolgens legde men de nadruk op de farmacologische eigenschappen van het verslavende middel. Toen kwamen de symptoomfunctie en psychodynamiek van verslaafde personen onder de aandacht, hun premorbide constitutie, de geconditioneerdheid van het middelengebruik, biopsychosociale invloeden, leidend tot een geïntegreerd ontwikkelingsmodel van de verslaving. Op dit moment spreekt men van een chronische hersenziekte (Van den Brink, 2005; zie ook Jellinek, 1960; Van Dijk, 1979; Marlatt, 1996; Halikas, 1997; Brehm & Khantzian, 1997; Isebaert, 2005).

Bij de verslaafde personen die we in onze praktijk tegenkomen, staat de verslaving zelden op zichzelf. Deze hangt veelal samen en is vervlochten met andere problemen. Dat maakt de behandeling van (ex-)verslaafden tot een complexe onderneming. Comorbiditeit vereist een gefaseerde behandelaanpak (voor een overzicht zie Brehm & Khantzian, 1997, p. 96–98), waarbij controle op middelengebruik prioriteit verdient om de weg vrij te maken voor de behandeling van andere doelen. Maar ook dan blijft het dubbelspoor van aandacht voor beide van belang in de psychotherapie met (ex-)verslaafden, want (ex-)verslaving betekent worsteling met hunkering en terugval, naast andere problemen. Een terugval kan overigens soms een vruchtbaar intermezzo zijn in de behandeling (zoals in de voorbeelden bij Alie en Cees), maar het kan ook destructief en levensbedreigend uitpakken (zoals bij Brigit).

In psychotherapeutische opleidingen besteedt men weinig tot geen aandacht aan het werken met (ex-)verslaafden, laat staan aan het omgaan met het fenomeen

terugval tijdens psychotherapie. Verslaving hoort tot de contra-indicaties voor psychotherapie, zonder onderscheid in persoon en ernst van de verslaving. (Ex-)verslaafde personen indiceert men liever voor begeleiding, leefstijltraining en terugvalpreventie. Dit zijn behandelmethoden met cognitief-gedragstherapeutische elementen, gericht op een betere controle op de verslaving, of, wanneer er geen rem op mogelijk blijkt, op abstinentie. Achterwege blijft aandacht voor de psychodynamiek en samenhangende of onderliggende problemen, kwetsbaarheden en kwetsuren uit het verleden, en voor de semantische integratie ervan in het doorlopende levensverhaal.

Psychotherapeuten buiten de verslavingszorg die (ex-)verslaafden behandelen, besteden echter weinig tot geen aandacht aan de verslaving, blijkt uit de verhalen van onze cliënten. Cliënten hebben het er zelf liever niet over en psychotherapeuten vragen er zelden naar; zo is de cirkel van de ontkenning rond. Derby (zie Brehm & Khantzian, 1997, p. 97–98) heeft het over de ‘hidden self states’ en de ‘hyposymbolisation’ die verslaafden typeert. Veel psychotherapieën zijn daardoor tot mislukken gedoemd, wat de slechte naam van (ex-)verslaafden in psychotherapie alleen maar bevestigt.

(Ex-)verslaving is onzes inziens ten onrechte een contra-indicatie voor psychotherapie. Men is of met de verslaving als hoofddoel bezig, of met de andere problemen, terwijl het bij (ex-)verslaafde cliënten in de regel om de comorbiditeit gaat. Om beide te kunnen zien, moet de aandacht afwisselend van de een naar de ander gaan. Een standaard-verslavingsclausule in het behandelplan kan een hulpmiddel zijn.

Door het ontbreken van richtlijnen werken we op onze polikliniek intuïtief met terugvalincidenten tijdens de psychotherapie. Zoals ook uit de voorbeelden blijkt kan een terugval leiden tot inzicht (bij Alie en Cees), maar ook tot een time-out in de psychotherapie of terugverwijzing naar een eerdere fase in behandeling, zoals een crisisopname (zie Brigit), terugvalpreventie of een langere heropname.

Om onze praktijk te onderbouwen en richtlijnen te ontwikkelen, hebben we na een pilot-onderzoek de gegevens van 54 cliënten geanalyseerd en gekeken hoe vaak terugval tijdens hun psychotherapie voorkwam, op welk tijdstip, in welke mate van ernst, en of er een verband kon worden aangetoond tussen de terugvalincidenten en de uitkomst van de therapie. Na een pilot-onderzoek bij 35 cliënten is een vragenlijst ontwikkeld voor uitgebreider onderzoek. Omdat het tot die tijd bij ons nog niet tot de standaardprocedure hoorde, voegden we voor het onderzoek een verslavingsclausule als vast onderdeel toe aan het behandelplan.

Tabel 1 Doelen bereikt naar terugvalfrequentie.

Terugvalfrequentie	0	1-4	>4
Doelen bereikt (%)	71	71	27

$\chi^2 = 0,027$, $p = 0,05$ (significant).

Onderzoek

In de periode tussen eind 2003 en begin 2005 beëindigden circa 150 personen met verslavingsproblematiek hun individuele behandeling op de polikliniek, van wie ruim een derde psychotherapie kreeg. Zeven ervaren, geregistreerde psychotherapeuten op de polikliniek kregen het verzoek om in die periode vragenlijsten in te vullen, meteen na de beëindiging van elke individuele psychotherapie van de cliënten met een primair verslavingsprobleem (naast andere problematiek). De poliklinische behandeling betrof een brede vertegenwoordiging van de psychotherapeuten en hun referentiekader (psychoanalytisch, rogeriaans, gedragstherapeutisch), waarbij de inbreng van de psychoanalytisch opgeleide psychotherapeuten in het onderzoek ruim oververtegenwoordigd was. Er werden 54 vragenlijsten volledig ingevuld en in het onderzoek betrokken.

De onderzochte groep wijkt qua leeftijd en geslacht niet af van de populatie van 150. Ruim een derde van de onderzoeksgroep was van het vrouwelijke geslacht. De gemiddelde leeftijd was veertig jaar. Ook het middelengebruik in de onderzoeksgroep wijkt niet af van wat we normaliter bij de cliënten van de polikliniek aantreffen; cliënten met een primair alcoholprobleem vormen de grootste groep ($n = 31$), gevolgd door de cliënten met een primair harddrugsprobleem ($n = 14$).

Van de cliënten was 85% abstinente bij aanvang van de therapie, 15% niet. Bij alle personen die niet abstinente begonnen, werd dat in het behandelplan nagestreefd. Bij degenen die abstinente startten, had 60% abstinentie in het behandelplan.

De onderzoeksvragen waren als volgt.

1. Hoe vaak komt terugval voor tijdens de psychotherapie met (ex-)verslaafden, op welk tijdstip van de psychotherapie en hoe ernstig is deze?
2. Is er een verband tussen terugval tijdens het psychotherapeutische proces en de uitkomst van de psychotherapie?

Resultaten

Meer dan de helft van de 54 personen (52%) viel tijdens de psychotherapeutische behandeling niet terug in middelengebruik. Van de personen die terugvielen in middelengebruik, deed 26% dit een- tot viermaal en 20% meer

Tabel 2 Middelengebruik tijdens de therapie naar aantal malen terugval.

	Cocaïne ($n = 4$)	Cannabis ($n = 8$)	Alcohol ($n = 16$)
0 (%)	25		19
1-4 (%)	25	63	50
>4 (%)	50	38	25

$\chi^2 = 0,44$, $p = 0,05$ (niet significant).

dan viermaal. Een derde van de 54 personen (32%) viel in de eerste drie maanden van de psychotherapie terug in middelengebruik, vijf personen (9%) drie tot zes maanden na aanvang van de psychotherapie en drie personen (6%) na twaalf maanden. Een derde van de 54 personen (33%) had een terugvalintensiteit van één tot drie dagen, en zes personen (11%) een terugvalintensiteit van meer dan drie dagen.

In de tabellen zijn de resultaten gerangschikt met betrekking tot terugval in middelengebruik en de uiteindelijke uitkomst van de psychotherapie. Met behulp van χ^2 is getoetst of de verschillen statistisch significant zijn.

Een- tot viermaal terugvallen maakt ten opzichte van helemaal niet terugvallen geen verschil in de mate waarin de doelen worden bereikt. Viel men vaker terug dan viermaal, dan werden de behandeldoelen significant minder vaak bereikt.

Uit tabel 2 blijkt dat 23 van de 54 cliënten (43%) geen middelen gebruikten tijdens de behandelperiode. Alcohol (30%) was het meest gebruikte middel tijdens de behandelperiode, gevolgd door cannabis (15%) en cocaïne (7%). Slechts een kwart van de personen die alcohol gebruikten tijdens de therapie viel vaker dan viermaal terug, in tegenstelling tot de cocaïnegebruikers, van wie de helft vaker dan viermaal terugviel. Dit verschil is niet significant.

Personen die cannabis of alcohol gebruikten tijdens de therapie, bereikten de behandeldoelen procentueel even goed als personen die geen middelen gebruikten tijdens de therapie.

Er is geen significant verschil tussen het tijdstip van terugval en het bereiken van de behandeldoelen.

Degenen die meer dan drie dagen achtereen terugvielen, bereikten significant minder vaak hun behandeldoelen.

Discussie

We concluderen het volgende.

1. Een- tot viermaal terugvallen maakte ten opzichte van helemaal niet terugvallen geen verschil in de mate waarin de doelen werden bereikt. Viel men vaker

Tabel 3 Middelengebruik tijdens de therapie naar bereikte doelen.

	Cocaïne (<i>n</i> = 4)	Cannabis (<i>n</i> = 8)	Alcohol (<i>n</i> = 16)	Overig (<i>n</i> = 3)	Geen (<i>n</i> = 23)
Doel bereikt (%)	25	63	63	75	65

$\chi^2 = 0,66, p = 0,05$ (niet significant).

Tabel 4 Doelen bereikt naar tijdstip van terugval.

	Geen	0-3 mnd	3-6 mnd	>6 mnd
Doelen bereikt (%)	71	53	40	33

$\chi^2 = 0,30, p = 0,05$ (niet significant).

terug dan viermaal, dan werden veel minder behandel-doelen bereikt.

2. Bijna alle personen die meer dan drie dagen achtereen terugvielen, bereikten de behandel-doelen niet.
3. Er was geen significant verband tussen het tijdstip van terugval en het bereiken van de behandel-doelen.
4. Personen die cannabis of alcohol gebruikten tijdens de therapie, bereikten evenveel behandel-doelen als personen die geen middelen gebruikten tijdens de therapie.

Methodologisch is dit geen schoolvoorbeeld van een onderzoek zoals wordt aanbevolen in de TREND-standaard (Caetano, 2004). We namen daar pas na dit onderzoek kennis van, al verschoont dit ons niet van de nodige kritiek. In toekomstig onderzoek zal dat zijn weerslag hebben. Maar er kunnen meer kanttekeningen worden gemaakt.

1. De psychotherapeuten vulden de vragenlijsten zonder collegiale toetsing in.
2. Er was geen parallelle evaluatie van de behandeling door de cliënten.
3. De behandelplannen waren nog onvoldoende gestandaardiseerd en verschilden in de mate van algemeenheid en specificiteit van de doelen en in de moeilijkheidsgraad van de beoogde doelen.
4. Veel nevendimensies ontbraken, die mogelijk van invloed kunnen zijn op het resultaat van de psychotherapie (bijv. wel/geen gezin, werk, medicatie of tevens andere therapie).

We tellen echter ook onze zegeningen. Op de eerste plaats kunnen we nu beter onderscheid maken tussen de verschillende soorten terugval (ernstig en minder ernstig), en aantonen hoe die samenhangen met het resultaat. De differentiatie tussen een hanteerbaar terugvalincident binnen een doorlopende psychotherapie (hier geoperationaliseerd als minder dan vier terugvalincidenten met de duur van één tot drie dagen) en de terugval die om een extra interventie vraagt (zoals heropname

Tabel 5 Doelen bereikt naar terugvalintensiteit.

	0 dgn	1-3 dgn	>3 dgn
Doelen bereikt (%)	71	67	17

$\chi^2 = 0,039, p = 0,05$ (significant).

of terugvalpreventie) is praktisch van groot belang. We blijven ons erin trainen.

Marlatt (1996) formuleert het als volgt: ‘Not all lapses eventuate in total relapse (...). Rather than viewing “relapse” as an indicator of treatment failure (or as a reason for discharging alcoholics from treatment), it can be dealt with in a pragmatic manner as an error, a lapse, a slip or temporary setback, and not an inevitable collapse on the road to recovery’ (p. 547). Dodes, geciteerd in Brehm en Khantzian (1997) schrijft: ‘Therapy may proceed if the drinking is intermittent. Therapy should focus on the reasons why abstinence or control cannot be reached. If the drinking continues and is destructive, there may be a need for hospitalization or interruption of therapy.’ We menen met dit onderzoek enig empirisch bewijs te hebben geleverd voor deze stelling.

Ten tweede ondersteunt het onderzoek onze intuïtie en positieve ervaring met korte terugvalincidenten tijdens de psychotherapie, die aan het psychotherapeutische proces belangrijke, doorleefde inzichten kunnen bijdragen, mits gestopt, besproken en verbonden met de persoonlijke psychodynamiek en de voorgeschiedenis. Of, om met Isebaert (2005) te spreken: we introduceren ‘een variatie binnen de gewoonte’ die de verslaving is, en labelen die variatie positief. Hierin benadrukken we onder andere het feit, dat de terugval deze keer bijvoorbeeld korter heeft geduurd dan in het verleden, en dat de terugval, nu nog vers in het geheugen, kan bijgedragen tot een beter begrip van de eigen psychodynamiek en tot de motivatie om er alternatieven voor te bedenken. De voorbeelden laten dat duidelijk zien.

En ten slotte zijn we ons nu meer bewust van de noodzaak om bij aanvang van de psychotherapie een verslavingsclausule in het behandelplan op te nemen, die het terugvalrisico naast andere doelen regelmatig onder de aandacht houdt. Dit komt weliswaar niet voort uit de empirische uitkomst van dit onderzoek en is meer een bijproduct van het theoretisch/onderzoeksmatig bezig zijn met het onderwerp, maar is daarom niet minder waardevol voor de praktijk. (En dat praktijk en theorie elkaar voeden, is al lang bekend.)

We menen met dit onderzoek specifiek te kunnen zijn dan algemene uitspraken over het psychotherapeutische werk met (ex-)verslaafden, zoals: ‘Psychoanalytische psychotherapie heeft zin, mits de patiënt voldoende ontwend is’ (Hebbrecht, 2003). We zien ons psychotherapeutische werk als het sluitstuk van een lange weg, die (ex-)verslaafde mensen afleggen in de richting van meer interne zelfregulatie van affect en drift, meer keuzevrijheid, meer autonomie, meer gevoel van eigenwaarde, rijpere afweer, zodat ze een volwassen positie binnen zichzelf en in relatie tot anderen kunnen innemen en behouden.

Psychotherapeutisch werken met (ex-)verslaafden vraagt van de psychotherapeut een actievere houding dan de klassieke psychoanalytische psychotherapie en rogeriaanse psychotherapie voorschrijven, met meer steunend-structurende, actieve interventies (zoals het onder de aandacht houden van afspraken in het behandelplan over de verslaving). Bij het bespreken van de korte terugvalincidenten, die, zoals ons onderzoek aantoonde, in bijna de helft van de psychotherapieën met (ex-)verslaafde personen voorkomen, los van het psychotherapeutische referentiekader, is het zaak om de rijpe afweer aan te moedigen, te ontwikkelen en te versterken. Door de oude kwetsuren te behandelen, leert men de terugvalkuilen van de verslaving beter omzeilen.

Als laatste willen we nog een kritische opmerking plaatsen over de voorkeur van vele onderzoekers in het verslavingsveld voor cognitieve gedragstherapie in combinatie met farmacologische interventies (Van den Brink, 2005). Veel cliënten vragen ons juist om een inzichtgevende psychotherapie. Ze willen niet alleen meer greep krijgen op hun verslaving maar ook zichzelf en hun verslavingsgeschiedenis begrijpen, de wonden en tekorten uit hun verleden helen en dat inzicht integreren in het semantische veld dat hun doorlopende levensverhaal is.

Met dank aan de collega's die aan het onderzoek meewerkten: Willem Bohmers, Agniet van de Blij, Annet van Dijk, Monique Kalkman, Onno Kloet en Jansje Kolthof.

Literatuur

- Brehm, N.M., & Khantzian, E.J. (1997). *Psychodynamics, substance abuse. A comprehensive textbook*. Baltimore, MA: Williams & Wilkins.
- Brink, W. van den (2005). Verslaving: chronisch recidiverende hersenziekte. *Verslaving*, 1, 3-15.
- Caetano, R. (2004). Standards for reporting non-randomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND-statement. *Addiction*, 99, 1075-1080.
- Des Jarlais, D.C., Crepaz, N., & TREND Group (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *American Journal of Public Health*, 94, 361-366.
- Cibin, M., e.a (2001). Relapse prevention, willingness to change, life events and psychopathology in alcoholism treatment. *Journal for Drug Addiction and Alcoholism*, 24, 1-12.
- Dijk, W.K. van (1979). De miskende alcoholist. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 123, 1228-1236.
- Halikas, J.A. (1997). *Craving, substance abuse. A comprehensive textbook*. Baltimore, MA: Williams & Wilkins.
- Hebbrecht, M. (2003). Drinken en klinken (bespreking van W. D. Rost, 'Psychoanalyse des Alkoholismus'). *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 9, 127-128.
- Isebaert, L. (2004). *Kurzzeittherapie. Ein praktisches Handbuch*. Stuttgart: Thieme.
- Isebaert, L. (2005). Oplossend gerichte psychotherapie in de verslavingszorg (workshop).
- Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Brunswick, NJ: Hillhouse Press.
- Marlatt, G.A (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91, 537-549.
- Vandermeeren, R. (2003). Addictie en a-dictie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 9, 58-59.